N° 290.

CONSIDÉRATIONS

SUR LES

CORPS ÉTRANGERS

ARRÊTÉS DANS L'OESOPHAGE;

NOUVEL INSTRUMENT POUR LEUR EXTRACTION.

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 26 août 1833, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR J.-J. JULES OURY, de Lunéville,

Département de la Meurthe.

Sublatâ causâ, tollitur effectus.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1833.

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	MM.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacologie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES, Examinateur.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / .....
Pathologie médicale	DUMÉRIL. / ANDRAL.
Pathologie et thérapeutique générales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MORÉAU.
Clinique médicale	FOUQUIER. / BOUILLAUD. / CHOMEL, Examinateur. / ROSTAN, Président.
Clinique chirurgicale	BOYER. / JULES CLOQUET, Examinateur. / DUPUYTREN, Suppléant. / ROUX.
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT, DUBOIS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
Bayle.	Hatin.
Bérard (Auguste).	Hourmann.
Blandin.	Jobert.
Boyer (Philippe), Suppléant.	Laugier.
Briquet.	Lesueur.
Bronchiart.	Martin Solon.
Broussais (Casimir).	Piorry.
Cottereau.	Requin.
Dalmas.	Sanson (aîné).
Dubled.	Sanson (Alphonse), Examinateur.
Guérard.	Royer-Collard.
	Trousseau, Examinateur.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MA MÈRE.

Témoignage de mon profond respect.

J. OURY.

A MONSIEUR

LE VICOMTE PAULTRE DE LAMOTTE,

Lieutenant-général en retraite, Commandenr de Saint-Louis,
Grand-Officier de la Légion-d'Honneur.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CLERE,

Chirurgien-Major des Gardes du Corps, en retraite,
Officier de la Légion-d'Honneur.

Hommage de respect et de reconnaissance.

J. OURY.

CONSIDERATIONS

SUR LES

CORPS ÉTRANGERS

ARRÊTÉS DANS L'ŒSOPHAGE.

L'œsophage est un conduit musculo-membraneux, long de quatorze pouces environ, s'étendant de la partie inférieure du pharynx à l'orifice cardiaque de l'estomac. Situé sur la ligne médiane du corps, il se dévie un peu à gauche, au-dessous du larynx, pour se continuer, au bas du cou, derrière le côté correspondant de la trachée-artère. En arrivant dans la poitrine, il se rapproche de sa direction primitive, qu'il conserve depuis l'origine des bronches jusqu'à son entrée dans l'abdomen, entre les piliers du diaphragme, où il la quitte de nouveau pour aller s'insérer à l'orifice cardiaque du ventricule, avec lequel il se confond.

Il est en rapport, en arrière, dans toute son étendue, avec la colonne vertébrale, la courbure de la veine azygos, le canal thoracique, et tout à fait inférieurement avec l'aorte. En avant et en haut, il correspond à la face postérieure du larynx; plus bas, à l'origine de la trachée-artère, où commence sa paroi propre; il longe le lobe gauche du corps thyroïde, la moitié gauche de la trachée, les vaisseaux thy-

roïdiens gauches, et le muscle sterno-hyoïdien du même côté ; arrivé dans la poitrine, dont il occupe le médiastin postérieur, il est en rapport avec la fin de la trachée, la bronche gauche, la base du cœur et le péricarde.

Sur les côtés, il est accompagné par les artères carotides primitives, les veines jugulaires internes ; plus bas et à droite, par la trachée ; à gauche, par le nerf récurrent et l'artère carotide du même côté ; dans la poitrine, il correspond aux poumons, et de plus à l'aorte, à gauche.

Ce canal est composé de fibres musculaires affectant différentes directions ; les unes sont longitudinales ou obliques, les autres circulaires. La membrane muqueuse qui tapisse son intérieur offre un grand nombre de plis longitudinaux dans l'état de vacuité ; ses parois sont alors comme froncées, et se touchent par tous leurs points. Des vaisseaux, des nerfs et du tissu cellulaire entrent dans sa composition : il est uni aux organes environnans par un tissu lamelleux très-lâche, qui lui permet de glisser facilement à leur surface, de s'élargir librement pour donner passage aux alimens, et dans lequel il ne s'amasse jamais de graisse.

C'est par l'œsophage qu'après avoir été suffisamment broyés par les dents, et mêlés au liquide que sécrètent les glandes salivaires, les alimens arrivent dans l'estomac, poussés d'abord par les contractions péristaltiques du pharynx, et ensuite par celles de ce conduit musculo-membraneux. Leur progression est rendue plus facile par les mucosités abondantes de la membrane muqueuse, dont les plis longitudinaux fournissent, en s'effaçant, une ampliation plus grande, et présentent une voie plus large et plus facile.

La colonne vertébrale oppose à la paroi postérieure un plan solide et résistant, qui l'empêche de se dilater dans ce sens ; mais dans tout le reste de sa circonférence, la disposition des parties molles avec lesquelles il est en rapport lui permet de se développer librement.

Les obstacles qui peuvent s'opposer à la déglutition dépendent du

canal lui-même, des parties qui l'entourent, des corps introduits dans son intérieur.

Parmi les premiers, on doit ranger les plaies, les ulcères, les érosions, les perforations en long ou en travers; des cicatrices raides et tendues, consécutives à des ulcères; une collection purulente ou de matière graisseuse, des callosités, l'épaisseur du tissu cellulaire sous-muqueux; l'état cartilagineux ou osseux d'un segment cylindrique du canal, entraînant un rétrécissement plus ou moins grand; une dilatation latérale en forme de sac; une dilatation circulaire avec ou sans épaississement au-dessus du point rétréci; des polypes ou autres excroissances développées dans l'intérieur du conduit; la diminution ou l'abolition de la contractilité s'étendant à tout l'organe ou à un point seulement; sa paralysie idiopathique ou symptomatique; un état de spasme causé par une attaque d'épilepsie, d'hystérie; des convulsions, le tétanos ou l'hydrophobie.

Les causes qui dépendent des parties environnantes peuvent être: des compressions par lésions extérieures; au cou, le gonflement du corps thyroïde, celui des ganglions cervicaux; des abcès, un anévrysme des artères carotides primitives ou des sous-clavières; le développement de tumeurs squirrheuses, tuberculeuses, encéphaloïdes. Au thorax, des anévrysmes de l'aorte, le gonflement du thymus, celui des ganglions lymphatiques qui suivent le trajet de l'œsophage, et diverses autres tumeurs; l'inflammation du diaphragme ou un spasme de ses piliers. Dans l'abdomen, une pression exercée par le foie hypertrophié et dévié de sa position normale; l'état de plénitude, d'inflammation, de squirrhe de l'estomac.

Viennent, en troisième lieu, les obstacles causés par les corps étrangers, qui s'accompagnent d'accidens plus ou moins graves, d'après certaines circonstances que nous indiquerons bientôt. Ces corps varient par leur forme, leur volume et leur nature; les uns sont ronds ou aplatis; les autres, lisses ou inégaux, garnis d'aspérités; quelques-uns sont mous, spongieux; d'autres durs: on a eu à extraire des balles de plomb, d'ivoire, de bois, des noyaux de fruits, des portions de

tendons, de cartilages; des dés à jouer, des pièces de monnaie, depuis celles de vingt-cinq centimes jusqu'à celles de cinq francs; des jetons, des boucles, des couteaux, des ciseaux, des cuillères, des fourchettes, des fragmens d'épée, de sabre, etc., etc. Les uns sont libres, les autres implantés dans les parois de l'œsophage, comme des épingles, des arêtes de poisson, des fragmens d'os plus ou moins volumineux, etc.

Il ne faut pas oublier de mentionner l'introduction de sangsues qui, s'attachant à la membrane muqueuse du pharynx ou de l'œsophage, déterminent des accidens particuliers à cette espèce de corps étrangers. Le malade éprouve un chatouillement, un picotement, bientôt suivis de douleur et d'un sentiment de succion, de crachemens et de vomissemens de sang, d'une toux fréquente. L'irritation causée par les piqûres ne tarde pas à causer une légère inflammation suivie de dysphagie; la toux continue, et cause des douleurs vives dans toute la poitrine; des hémorrhagies fréquentes surviennent, le malade maigrit, il a des syncopes, perd l'appétit et le sommeil; il est inquiet, agité, et si on ne vient promptement à son secours, les accidens le mettent en danger, et quelquefois même le conduisent à la mort. M. le baron *Larrey* en cite plusieurs exemples dans ses relations chirurgicales sur l'armée d'Orient, et nous allons en citer un tiré des Mémoires de la campagne d'Espagne, en 1814.

Un soldat du 36e. de ligne se présenta plusieurs fois au chirurgien-major de son régiment, pour se faire retirer une sangsue qu'il avait avalée en buvant à une fontaine qui contenait un grand nombre de ces annélides. Des tentatives d'extraction furent faites avec beaucoup d'adresse, mais sans succès. Cet homme était extrêmement tourmenté. Il essaya pendant plusieurs jours tout ce qu'il put imaginer pour se débarrasser. Il employa tour à tour ses doigts, la fumée de tabac, le vinaigre, le sel : tous ces moyens furent impuissans; ils déterminèrent seulement l'animal à changer de place et à se réfugier dans le larynx. Les accidens augmentèrent alors subitement, il survint une toux convulsive des plus violentes, et il mourut en peu d'instans. Comme on était en route, ses camarades mirent le cadavre

sur un chariot, et on put à la première halte s'assurer de la véritable cause de sa mort. La sangsue était dans le larynx. L'état de la face, du cerveau, de la poitrine et des autres organes ne laissa aucun doute que le malade fût mort suffoqué.

Les symptômes qui indiquent qu'un corps étranger est engagé à l'œsophage sont les suivans : douleur ou sentiment de gêne à la gorge, alors même que le corps est placé plus bas; grande difficulté et même impossibilité d'avaler, quand le corps est volumineux ou se trouve placé de manière à boucher ce conduit (dans ce premier cas on sent quelquefois une tumeur sur le côté gauche du cou, lorsqu'il n'a pas dépassé cette région); efforts répétés de déglutition ou de vomissement, gêne de la respiration, toux, soif vive; la face devient rouge, livide ou violette; les yeux sont saillans, la suffocation est imminente; on a observé des mouvemens convulsifs; la mort même a pu survenir immédiatement, ainsi qu'on pourra s'en convaincre par le fait suivant, communiqué à l'Académie par *Ledran* : Un homme avala un morceau assez gros d'une éclanche de mouton, qui s'arrêta dans l'œsophage. Il se retira de la compagnie, pour tâcher de le rejeter. Ceux qui étaient présens ne s'étaient point aperçus de l'accident; ils crurent qu'il était sorti pour satisfaire à quelque besoin; il resta sans secours, et fut étouffé. La compagnie, étonnée de sa longue absence, commença à s'inquiéter; on fut le chercher, et on le trouva mort, appuyé contre un mur. L'ensemble de ces symptômes, joint au récit du malade ou des assistans sur la nature du corps et la manière dont a eu lieu son introduction, ne laissent aucun doute sur la cause qui détermine tous ces accidens.

Le prognostic devra être basé sur la nature, le volume et la situation du corps avalé, la profondeur plus ou moins grande à laquelle il sera parvenu, l'âge du sujet, et le temps qui se sera écoulé depuis son introduction. En effet, un corps de petite dimension et de peu de consistance sera plus facile à extraire ou à pousser dans l'estomac, qu'un autre plus gros et plus dur, ou dont la surface inégale et raboteuse, pourrait, en comprimant les parties, les blesser, et n'être

que très-difficilement retiré. Un fragment d'os, une épingle, une arête, un corps acéré, par la direction transverse qu'ils affectent quelquefois, causent de graves désordres. Un corps situé au niveau du larynx ou derrière un des points de la trachée-artère, en empêchant l'air de pénétrer dans les poumons, amènera la suffocation du malade, ou enfoncé très-avant, sera d'une difficile extraction. Les diamètres du canal étant plus petits chez l'enfant que chez l'adulte, le cas sera plus grave pour le premier, dont la docilité est aussi beaucoup moindre. Plus il se sera écoulé de temps depuis l'introduction, moins l'opération offrira de chances de succès; car l'inflammation aura pu déjà se déclarer, peut-être même former un abcès.

La prudence exige qu'aussitôt qu'un malade se présente avec les symptômes qui indiquent la présence d'un corps étranger, on procède à son extraction, afin de prévenir les accidens presque toujours graves qui ne manqueraient pas de se déclarer. *Littre* a vu mourir, d'un abcès dans l'œsophage, une femme qui avait avalé quatorze mois auparavant une arête de poisson, qu'on ne put parvenir à extraire malgré des tentatives souvent répétées.

On cherchera d'abord à s'assurer du siége, de la direction, du degré de mobilité et de la densité du corps étranger, soit au moyen de l'instrument qu'a proposé M. le baron *Dupuytren*, et qui consiste en une tige d'argent flexible, longue de seize à dix-huit pouces, terminée d'un côté par un anneau qui sert à la tenir, et de l'autre par un bouton; soit avec une sonde d'argent ordinaire, ou avec tout autre instrument; et ce ne sera que d'après le résultat de ces recherches que l'on se détermina à extraire le corps étranger, à l'enfoncer dans l'estomac, ou à pratiquer l'œsophagotomie, si, bien que situé dans la région supérieure de l'œsophage, il a résisté à toutes les tentatives d'extraction. Si l'inflammation est déjà établie, quelques praticiens veulent qu'on cherche d'abord à la combattre; mais il me semble que le remède le plus efficace à lui opposer est la soustraction du corps qui lui a donné naissance.

Une foule de moyens ont été proposés pour pousser les corps étran-

gers dans l'œsophage ou pour les extraire; nous allons les passer rapidement en revue.

On a fait avaler au malade une grande quantité d'eau à la fois, des alimens pulpeux, de la bouillie, du pain bien mâché, un navet, une tige de laitue, une balle de plomb, un gros grain de chapelet, un morceau d'éponge, attachés à un fil; des substances huileuses ou mucilagineuses. On a proposé d'exciter le rire du malade, de lui frapper sur l'épaule, de lui donner des coups de poing sur le dos; précepte qui n'est point sanctionné par l'expérience, et que la raison doit faire rejeter. D'autres se sont servis de la tige d'un poireau (à l'imitation d'*Ambroise Paré*), d'une bougie à brûler, d'une sonde courbe de plomb ou d'argent, d'une bougie en gomme élastique, d'un fil de fer ou de laiton garni à son extrémité d'une balle de plomb, d'une longue tige de bois ou de baleine ayant à un de ses bouts un morceau d'éponge; mais les efforts que l'on fait pour enfoncer le corps peuvent causer de graves désordres, déchirer le canal, engager davantage ses angles dans l'œsophage, et rendre impossible son extraction à l'aide des autres procédés auxquels on aurait recours, si celui-ci ne réussissait pas.

On ne devrait se permettre d'enfoncer que les corps qui sont susceptibles de l'être facilement et d'être digérés, qui ne peuvent blesser le ventricule ou qui sont placés très-bas.

Examinons maintenant les instrumens qui ont été inventés pour extraire les corps étrangers de l'œsophage; et sans nous arrêter à les citer tous, nous ne parlerons que de ceux qui paraissent remplir davantage le but qu'on se propose ; après quoi je me hasarderai à présenter un nouvel instrument qui, j'espère, pourra, dans beaucoup de cas, rendre facile l'extraction des corps étrangers, sans exposer à blesser les parois de l'œsophage.

On a d'abord cherché à provoquer le vomissement, soit en portant profondément les doigts dans la bouche pour titiller la luette, soit en ingérant l'émétique dans l'estomac, soit en l'injectant dans les veines à la dose de quatre à dix grains dissous dans une demi-once d'eau

tiède. Ce moyen a quelquefois produit le résultat qu'on en attendait ; mais il échoue le plus souvent ; et si le corps étranger est garni d'aspérités ou volumineux, il peut, en cheminant de bas en haut, déchirer l'œsophage, augmenter les souffrances et les dangers du malade, et ajouter une nouvelle irritation à celle qui existait déjà : aussi je crois que le vomissement ne doit être conseillé que comme dernière ressource, lorsque les autres moyens d'extraction ont échoué.

On a proposé de provoquer le rire ou l'éternuement, des efforts de toux ; mais ces moyens ne produiront de résultats avantageux tout au plus que dans les cas où le corps étranger n'aura pas dépassé le pharynx, ou sera situé très-peu profondément.

Lorsque l'obstacle est accessible au doigt introduit dans la bouche, c'est, sans aucun doute, à lui qu'il faut avoir recours ; car cet instrument sensible ne blesse jamais les parties, comme la plupart de ceux que l'on emploie. Malheureusement, les cas où il suffit sont rares, et le plus souvent il faut avoir recours à d'autres.

On s'est servi de pinces à anneaux, droites ou courbes ; de celles dites à polypes ; de la pince œsophagienne, qui n'est autre qu'une pince ordinaire dont les mors sont plus allongés et contenus dans une canule très-longue en gomme élastique. On peut leur reprocher de ne pas saisir assez solidement le corps, et d'être susceptibles de pincer les parois de l'œsophage. D'ailleurs, comme pour parvenir à embrasser ce corps elles doivent nécessairement élargir le canal, elles produiront souvent l'effet opposé à celui qu'on en attend, en favorisant la descente du corps vers le ventricule, au lieu d'opérer son extraction.

Des crochets aigus ont été introduits pour agir sur des corps qui offraient peu de consistance ; mais l'opérateur est exposé à saisir les parois de l'œsophage et à les déchirer, prenant la résistance qu'elles font éprouver pour celle qu'oppose le corps étranger.

Les crochets mousses n'ont pas d'abord le même inconvénient ; mais les tentatives répétées, qu'on est presque toujours obligé de faire, causent de la douleur au malade, et déterminent quelque-

fois l'inflammation des parties sur lesquelles s'exerce leur action.

On a inventé un instrument fait en forme de parasol, que l'on introduit fermé derrière le corps étranger, et que l'on retire après l'avoir développé au moyen d'un ressort; mais cet instrument, composé de six ou huit petites tiges formant des espèces de crochets, expose, en remontant, à érailler la membrane muqueuse de l'œsophage, en lui présentant ceux de ses crochets qui ne sont pas employés à retenir le corps.

Une éponge fixée au bout d'un fil de fer ou d'une tige de baleine a été aussi introduite derrière le corps à extraire; on l'y laissait quelque temps, afin qu'elle se gonflât en s'imbibant des mucosités du canal ou des liquides que l'on faisait avaler au malade, et lorsque l'on pensait qu'elle était suffisamment épanouie, on en faisait l'extraction. Ce procédé a souvent réussi; mais comme il faut que le morceau d'éponge que l'on introduit soit assez gros pour qu'en se gonflant il dilate le conduit, il arrive, pour peu que le corps soit volumineux, qu'il ne peut le dépasser : son emploi est alors rendu inutile.

Tout récemment on a inventé un instrument extrêmement compliqué, représentant une espèce de pince à trois branches, qui, de l'aveu même de l'auteur, demande un certain degré d'exercice pour être employé, ajoute au volume du corps étranger, et augmente la compression de la trachée-artère. J'ajouterai qu'un corps dur et peu flexible comme cet instrument ne peut pas toujours être introduit, et qu'il est bien difficile, pour ne pas dire impossible, d'obtenir du malade un moment de tranquillité suffisant et assez long pour opérer son développement, lorsque l'on voit la simple introduction de la sonde exploratrice être suivie d'efforts convulsifs, de toux et de vomissemens. Il a d'ailleurs le même inconvénient que les pinces; car, agissant d'abord en écartant les parois de l'œsophage immédiatement au-dessus du corps étranger, il tend à le faire glisser dans le ventricule.

L'instrument que je propose est composé d'une sonde creuse en gomme élastique, semblable à la sonde œsophagienne, mais d'un volume beaucoup plus petit, et d'une longueur de seize à dix-huit

pouces. A sa partie supérieure est adapté un petit robinet en métal, qui permet ou empêche la sortie de l'air que l'on doit faire passer par la sonde, suivant que l'on ouvre ou que l'on intercepte la communication avec le tube de gomme. Ce robinet est surmonté d'une espèce de petit entonnoir en corne ou en métal, destiné à être appliqué sur les lèvres du chirurgien qui fait agir l'instrument. La partie inférieure de la sonde est terminée par un bouton en métal percé d'un canal faisant suite à celui de la sonde.

La principale pièce de l'instrument est une petite vessie, que l'on fixe par quelques circulaires de fil au-dessus du bouton qui lui sert de point d'arrêt, et, l'empêchant de s'échapper, la force à se laisser distendre par l'air que l'on introduit dans son intérieur en soufflant par le bout supérieur de l'instrument.

Voici la manière de l'employer : le malade est assis sur une chaise, la tête renversée en arrière et appuyée sur la poitrine d'un aide qui la maintient dans cette position, en appliquant ses deux mains sur le front; le chirurgien, placé devant le malade ou à l'un de ses côtés, trempe le bout inférieur de l'instrument armé de la vessie dans de l'huile d'olive ou tout autre liquide qui facilite son entrée, en même temps qu'il humecte la vessie, il replie et applique exactement celle-ci sur la tige, en la tournant entre ses doigts; l'introduit alors à travers la bouche du malade, tenue fortement ouverte au moyen du doigt indicateur de l'une de ses mains, appuyée sur la base de la langue, jusque dans l'œsophage, en suivant sa paroi postérieure ainsi que celle du pharynx. Il est bientôt arrêté par le corps étranger, dont il reconnaît la situation, et qu'il cherche à franchir Lorsqu'il est parvenu derrière lui; il applique sa bouche sur le petit entonnoir qui forme la partie supérieure de l'instrument, et, faisant une longue expiration, il ferme aussitôt après le robinet, pour empêcher l'air de rétrogader et le forcer à distendre la vessie, qui, placée plus bas que le corps étranger, élargit l'œsophage dans le point où elle se trouve, et tend à dégager le corps s'il est arrêté par ses angles ou ses côtés;

attirant alors l'instrument à lui, le chirurgien ramène à l'extérieur le corps étranger soutenu par les parois de la vessie.

Lorsque l'extraction est terminée, il faut chercher à prévenir les accidens consécutifs qui pourraient survenir. Si l'opération a été facile et a duré peu de temps, on se contentera de faire garder au malade, pendant quelques jours, une diète sévère, le repos, et de lui prescrire des boissons adoucissantes. Si, au contraire, l'opération a été longue, difficile, douloureuse; si le corps étranger était déjà depuis quelques jours dans l'œsophage, aux moyens précédemment indiqués on joindra une ou plusieurs saignées et toutes les autres prescriptions que l'on croira capables de s'opposer au développement de l'inflammation.

Enfin, si tous les moyens d'extraction auxquels on a eu recours ont été infructueux, si la suffocation est imminente, il faut sans aucun retard pratiquer l'œsophagotomie.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

(*Edente* PARISET.)

I.

Ad extremos morbos, extrema remedia exquisitè optima. *Sect.* 1, *aph.* 6.

II.

Duobus doloribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum. *Ibid.*, *aph.* 46.

III.

Qui sanguinem spumosum exspuunt, his ex pulmone talis rejectio fit. *Sect.* 5, *aph.* 13.

IV.

Somnus, vigilia, utraque modum excedentia, malum. *Sect.* 2, *aph.* 3.

V.

Mulieri sanguinem evomenti, menstruis erumpentibus, solutio contingit. *Sect.* 5, *aph.* 31.

VI.

Mulieri, menstruis deficientibus, sanguis è naribus effluens, bonum. *Ibid.*, *aph.* 32.